

紹介状 (診療情報提供書)

紹介先医療機関名 病院
担当医師 科 様

令和 年 月 日

所在地
名称
電話番号
診療科名
医師氏名

患者氏名 [登録番号]		性別		生年月日	
住所				電話番号	
傷病名				透析導入日 (年 月 日)	
				シャント造設日 (年 月 日)	
紹介目的 <input type="checkbox"/> 入院透析 <input type="checkbox"/> 外来透析 <input type="checkbox"/> 透析導入 <input type="checkbox"/> 維持透析 <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> その他					
既往歴				家族歴	
病状経過					
治療経過					
検査結果等 CD4 _____ / μ l HIV-1 RNA 定量 _____ コピー/ml Alb _____ g/dl、Hb _____ g/dl、CRP _____ mg/dl					
透析時の留意点等					
現在の処方					
備考 <input type="checkbox"/> 抗凝固薬 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 ※該当があれば必ずチェックしてください					
その他 <input type="checkbox"/> B型肝炎 (HBs-Ag 陽性) <input type="checkbox"/> C型肝炎 (HCV-Ab 陽性) <input type="checkbox"/> アレルギー ()					